

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan keperawatan profesional adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan yang berdasarkan pada ilmu, serta kiat keperawatan menunjukkan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit yang tercakup seluruh proses kehidupan manusia (Kementerian Kesehatan, 2019). Pelayanan keperawatan merupakan sistem pelayanan kesehatan yang penting untuk menjaga mutu pelayanan di rumah sakit dan menjadi tolak ukur citra rumah sakit di mata masyarakat. Sehingga perawat dituntut untuk bekerja secara professional (Suryani, 2018). Dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas, praktek keperawatan perlu menggunakan sistem pelayanan yang mendukung dan berdasarkan pada standar yang telah ditetapkan (Hasibuan, 2018).

Tantangan dalam pelayanan keperawatan berimplikasi lebih luas termasuk pada kesehatan ibu dan anak, yang menjadi indikator penting kesejahteraan suatu negara dimana kualitas keperawatan yang rendah berdampak serius pada tingginya angka kematian maternal dan neonatal. WHO mencatat bahwa pada tahun 2020, hampir 800 wanita meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan, dan sekitar 7,2 juta kematian terjadi pada balita setiap tahun (UNICEF, 2021). Di Indonesia, program Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2020), pemerintah merinci langkah-langkah untuk menghadapi tantangan kesehatan di Indonesia, termasuk peningkatan kesehatan ibu dan anak (Kemenkes RI, 2023). Masalah ini menunjukkan perlunya peningkatan kualitas pelayanan di Rumah Sakit dan termasuk Rumah Sakit khusus ibu dan anak.

Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) merupakan salah satu klasifikasi Rumah Sakit khusus yang berperan penting dalam masa depan bangsa sebagai generasi berkualitas. Sejalan dengan perkembangan pelayanan dan meningkatnya jumlah rumah sakit yang memberikan pelayanan khusus, termasuk rumah sakit khusus ibu dan anak (RSIA) dalam berbagai tingkatan,



menimbulkan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat khususnya ibu dan anak menjadi semakin variatif. Untuk itu perlu ada suatu standar pelayanan asuhan keperawatan ibu dan anak yang dapat digunakan sebagai acuan bagi perawat/tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Akan tetapi masih banyak ditemukan keluhan mengenai ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan, baik dari segi komunikasi, responsivitas, maupun empati. Fenomena ini tidak hanya terjadi secara global tetapi juga di Indonesia, termasuk di kota Makassar kepuasan pasien menurun dari 79.23% menjadi $\pm 40\%$ (tahun 2021-2022) (Kemenkes RI, 2023). Data survei dari Dinas Kesehatan Kota Makassar menunjukkan bahwa sekitar 30% pasien di Rumah Sakit Ibu dan Anak menyatakan kurang puas terhadap layanan keperawatan yang diterima, yang berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan. Ketidakpuasan pasien di RSIA menunjukkan pentingnya kebutuhan penerapan metode asuhan keperawatan yang lebih baik guna meningkatkan kualitas pelayanan.

Di Kota Makassar, beberapa rumah sakit ibu dan anak menjadi rujukan utama, namun tantangan dalam kualitas pelayanan tetap ada. Data dari Profil Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi komplikasi kehamilan dan persalinan di Makassar masih cukup tinggi, dimana penyebab kematian ibu terbanyak yaitu dengan 1.330 perdarahan, diikuti oleh hipertensi terkait kehamilan dengan 1077. Ada 195 kematian ibu di Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2021, termasuk 14 kasus di Kota Makassar. Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk evaluasi mendalam terhadap metode perawatan yang diterapkan di rumah sakit-rumah sakit tersebut (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa perawat RSIA di Kota Makassar didapatkan hasil bahwa selain minimnya tenaga keperawatan, menurut persepsi perawat pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional belum dilakukan secara matang karena belum adanya pelatihan khusus untuk pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional.

Marquis & Huston (2016) menjelaskan bahwa pelaksanaan layanan perawatan tidak terlepas dari fungsi-fungsi manajemen keperawatan yang akan secara efisien dan efektif, meliputi penetapan dan pemilihan



penggunaan sistem/metode pemberian asuhan yang paling tepat dengan kebutuhan pasien yang dilayani, memaksimalkan sumber daya manusia dan fisik serta waktu, fungsi ini bertujuan untuk mengatur kegiatan kerja, mengelompokkan kegiatan, mempermudah komunikasi, mengatur pekerjaan seefektif mungkin. Huber (2010) menyebutkan bahwa terdapat lima model utama pengolahan asuhan keperawatan yaitu keperawatan fungsional, tim, modular, primer, dan manajemen kasus dimana masing-masing metode asuhan keperawatan profesional mempunyai keuntungan dan kerugian (Rahman et al., 2017). Pemilihan metode yang tepat dapat menentukan kualitas interaksi antara perawat dan pasien, mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan, serta berdampak pada kesejahteraan perawat. Hal ini berpotensi meningkatkan kepuasan pasien karena adanya konsistensi dalam pemberian layanan, serta meningkatkan kepuasan kerja perawat karena peran yang lebih jelas dan tanggung jawab yang lebih terfokus (Putra & Sandhi, 2021).

Memilih dan menetapkan model pengelolaan pemberian asuhan pasien yang paling tepat untuk setiap unit atau organisasi bergantung pada keterampilan dan keahlian staff, ketersediaan perawat profesional yang terdaftar, sumber daya ekonomi dari organisasi tersebut, keakutan pasien, dan kerumitan tugas yang harus diselesaikan (Marquis & Huston, 2016). Pernyataan ini didukung oleh UU RI Nomor 38 Tahun 2014, bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan pasien, perkembangan ilmu pengetahuan, dan tuntutan globalisasi.

Penelitian menunjukkan bahwa Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita di Jakarta dan rumah sakit anak dan bunda lainnya di Jakarta menerapkan model perawatan primer, sementara Rumah Sakit Ibu dan Anak Ferina di Surabaya dan rumah sakit ibu dan anak di Bogor menerapkan model MAKPTim (Sumampow et al., 2023; Sihura et al., 2021). Model-model ini disesuaikan dengan kebijakan dan kebutuhan rumah sakit untuk meningkatkan kualitas

atan ibu dan anak.

Kepuasan anggota staf keperawatan terkait dengan pekerjaannya akan hal yang sangat vital (Bacha et al., 2015). Pekerjaan yang sesuai



dengan keinginan dan menyenangkan akan membuat perawat merasa nyaman dalam bekerja, sehingga kinerjanya akan lebih baik (Cahyani, 2017). Kinerja perawat yang baik akan mendorong tercapainya salah satu indikator kualitas kinerja layanan kesehatan yaitu kepuasan pasien (De Simone et al., 2018).

Apabila penerapan metode asuhan keperawatan profesional tidak berhasil, upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dan profesionalitas rumah sakit tidak bisa terwujud, sehingga tidak mampu memberikan kepuasan pada pasien (Nursalam, 2022). Di sisi lain, metode asuhan yang terstruktur juga berdampak signifikan pada kepuasan kerja perawat. Metode yang dirancang dengan baik dapat memperjelas pembagian tugas, mengurangi beban kerja yang tidak seimbang, dan meningkatkan kolaborasi tim (Hasibuan, 2016).

Penelitian Deanda et al., (2022) menunjukkan faktor keterampilan, pengalaman, sikap, pengetahuan, imbalan dan motivasi berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan, namun faktor yang memengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan adalah faktor keterampilan. Penelitian yang dilakukan oleh (Utomo et al., 2021), ada hubungan yang signifikan dengan tingkat kecerdasan antara pengetahuan perawat khususnya ketua tim dengan penerapan metode keperawatan tim primer, dan ada hubungan yang signifikan dengan tingkat kecerdasan cukup antara pengetahuan perawat khususnya perawat pelaksana (PP) dengan penerapan metode keperawatan tim primer. Penelitian yang dilakukan Harni (2016), terdapat hubungan yang bermakna antara motivasi perawat dengan pelaksanaan metode tim keperawatan ($p\text{ value}=0.017$) dan OR 5.400. Mogopa (2017) dalam penelitiannya mengatakan bahwa semakin banyak masa kerja perawat maka akan semakin banyak pengalaman kerja perawat tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan.

Penelitian sebelumnya telah memaparkan faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan metode asuhan keperawatan. Akan tetapi, penelitian-penelitian tersebut tidak memaparkan faktor determinan implementasi metode

keperawatan secara simultan khususnya di Rumah Sakit Ibu dan Anak, belum banyak dieksplorasi dalam penelitian terdahulu. Oleh karena itu, penelitian ini menganalisis faktor determinan implementasi metode asuhan



keperawatan di RSIA sehingga diharapkan dapat menjadi rekomendasi bagi pengembangan kebijakan dan praktik keperawatan di masa depan.

B. Rumusan Masalah

Untuk memberikan pelayanan keperawatan yang profesional, diperlukan adanya penataan sistem pemberian asuhan keperawatan yang profesional dan komprehensif. Penerapan metode asuhan keperawatan berhubungan dengan pengetahuan dan motivasi perawat dalam pemberian asuhan yang profesional kepada pasien. Perlu kerjasama antar perawat untuk keefektifan metode asuhan dan peran kepala ruangan untuk memastikan penerapan metode ini kepada semua perawat. Pemahaman seluruh perawat dalam pemberian metode asuhan keperawatan harus sesuai dengan konsep Metode Asuhan Keperawatan sehingga tercipta kerjasama yang baik untuk pencapaian tujuan yang sama. Tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan metode asuhan keperawatan harus benar-benar diarahkan dan direncanakan secara matang untuk keberhasilan asuhan keperawatan dan pencapaian tujuan bersama yaitu asuhan keperawatan yang memuaskan pasien dan keluarga. Konflik sering terjadi antar ketua tim dan anggota tim karena ketidak mampuan ketua tim dalam melaksanakan perannya sebagai model peran, dan mengkomunikasikan serta mengkoordinasikan semua kegiatan. Oleh karena itu, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apa sajakah faktor determinan implementasi metode asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Makassar?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor determinan implementasi metode asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis hubungan faktor organisasi (kepemimpinan, reward/penghargaan, pelatihan/seminar, supervisi) terhadap implementasi metode asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Makassar.



- b. Untuk menganalisis hubungan sumber daya manusia (karakteristik perawat, pengetahuan, motivasi, sikap) terhadap implementasi metode asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Makassar.
- c. Untuk menganalisis faktor yang paling mempengaruhi implementasi metode asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Makassar.

D. Originalitas Penelitian

Beberapa penelitian telah menjelaskan bahwa penerapan model keperawatan berhasil meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien (Karaca & Durna, 2019, Zamanzadeh et al., 2015). Tinjauan sistematik menunjukkan kepuasan terhadap asuhan keperawatan (Gonçalves et al., 2023). Banyak bukti yang menyoroti metode asuhan keperawatan primer memberikan dampak positif pada kepuasan pasien dan kepuasan perawat itu sendiri dan organisasi (Molin et al., 2018). Penelitian lain memaparkan, (Deanda et al., 2022) menunjukkan faktor keterampilan, pengalaman, sikap, pengetahuan, imbalan dan motivasi berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan, namun faktor yang memengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan adalah faktor keterampilan. Penelitian yang dilakukan (Harni, 2016), terdapat hubungan yang bermakna antara motivasi perawat dengan pelaksanaan metode tim keperawatan ($p \text{ value}=0.017$) dan OR 5.400. (Mogopa, 2017) dalam penelitiannya mengatakan bahwa semakin banyak masa kerja perawat maka akan semakin banyak pengalaman kerja perawat tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan. Oleh karena itu, originalitas dalam penelitian ini adalah faktor determinan implementasi metode asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Makassar.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Metode Asuhan Keperawatan

1. Definisi Metode Asuhan Keperawatan

Model praktik keperawatan profesional adalah model untuk meningkatkan standar mutu pelayanan di rumah sakit dengan menerapkan suatu sistem, struktur, proses, nilai yang berlaku (Setiawati et al., 2021). MAKP memperlihatkan pelayanan yang lebih terstruktur dan terorganisir yang lebih profesional dan lebih baik dalam memberikan tingkat pelayanan asuhan keperawatan terhadap klien (Rantung et al., 2013). MAKP mengatur model/metoda pemberian asuhan dengan memberikan gambaran jelas tentang tugas, tanggung jawab dan kewenangan perawat dalam menyelesaikan asuhan, menetapkan siapa yang menjalankan tugas dan tanggung jawab, penyesuaian jumlah pasien dengan jenis tenaga perawat dalam memenuhi kebutuhan perawatan. Asuhan keperawatan diberikan dalam beberapa metode, seperti: metode tim, metode keperawatan primer, metode kasus, metode moduler, serta metode manajemen kasus, partnership model dan pasien fokus dari pelayanan (*patient care centre*). Rumah sakit dapat menetapkan metode yang paling memungkinkan untuk dilaksanakan (Rahmawati et al., 2021).

Penelitian Hidayah (2014) menunjukkan Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien di Rumah Sakit. Hasil analisis menunjukkan bahwa Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) berbanding lurus dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan serta kepuasan pasien di Rumah Sakit.

2. Dasar Pertimbangan Pemilihan Metode Asuhan Keperawatan

Terdapat enam unsur utama dalam pemilihan dan pemenuhan metode

an keperawatan :

isi dan misi dasar. Pertama menentukan model praktik keperawatan rhadap klien dengan menyesuaikan pada visi dan misi unit perawatan hkan visi misi rumah sakit tersebut (Doleman et al., 2022).



- b. Dapat diterapkannya proses keperawatan dalam asuhan keperawatan. Proses keperawatan merupakan unsur penting terhadap kesinambungan asuhan keperawatan kepada pasien. Keberhasilan dalam asuhan keperawatan sangat ditentukan oleh pendekatan proses keperawatan (Nursalam, 2022).
- c. Metode yang dipilih seringkali bergantung pada kondisi pasien dan tujuan asuhan. Misalnya, metode proses keperawatan akan lebih tepat digunakan dalam kondisi yang memerlukan pemantauan dan intervensi yang terstruktur dan berkelanjutan, sementara pendekatan holistik lebih cocok untuk pasien yang membutuhkan perhatian menyeluruh terkait dengan kondisi fisik dan mental mereka (Carpenito, 2017).
- d. Pendekatan kolaboratif dalam asuhan keperawatan. Pendekatan kolaboratif melibatkan kerja sama antara perawat dengan berbagai tenaga medis lainnya, seperti dokter, ahli gizi, fisioterapis, psikolog, dan profesional lainnya. Pendekatan ini penting untuk pasien yang memerlukan perawatan yang kompleks, seperti pasien dengan penyakit kronis atau kondisi medis yang memerlukan penanganan multidisiplin. Dengan kolaborasi yang baik, hasil perawatan dapat lebih optimal dan menyeluruh (Berman et al., 2014).

3. Jenis Metode Asuhan Keperawatan

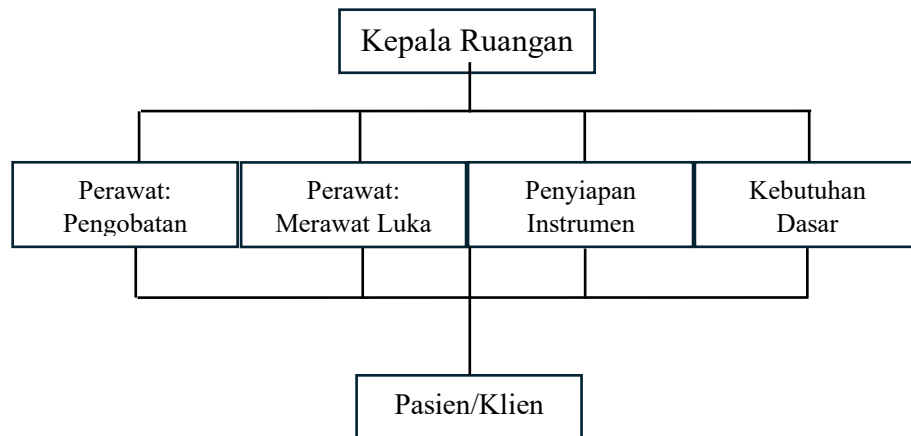
Metode pemberian asuhan keperawatan terdiri dari lima metode yang meliputi metode fungsional, keperawatan tim, metode kasus, metode modular dan keperawatan primer (Rahmawati, 2018).

a. Metode fungsional

Keperawatan fungsional juga dikenal sebagai keperawatan tugas, berfokus pada distribusi pekerjaan berdasarkan kinerja tugas dan prosedur, dimana target tindakannya adalah bukan pasien melainkan tugas. Model praktik keperawatan dengan mempertimbangkan pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan. Penanggung jawab dalam model ini yakni perawat yang bertugas pada tindakan tertentu yang dilakukan tersebut. Seorang perawat dapat melakukan dua jenis atau lebih untuk semua klien yang ada di unit tersebut. Kurangnya perawat profesional, maka banyak direkrut tenaga pembantu perawat. Mereka dilatih minimal cara merawat, diajarkan tugas yang sederhana



dan berulang seperti menyuntik, ukur tekanan darah, mengukur suhu, merawat luka dan sebagainya. Contoh : Perawat A tugasnya memberi pengobatan dan perawat B melakukan perawatan luka, dan Perawat C bertugas menyiapkan instrument atau melakukan kebutuhan dasar klien (Parreira et al., 2021).



Gambar 2.1 Model Keperawatan Fungsional (Arifin et al., 2020; Parreira et al., 2021)

Kelebihan dari metode fungsional menurut Nursalam (2022) diantaranya :

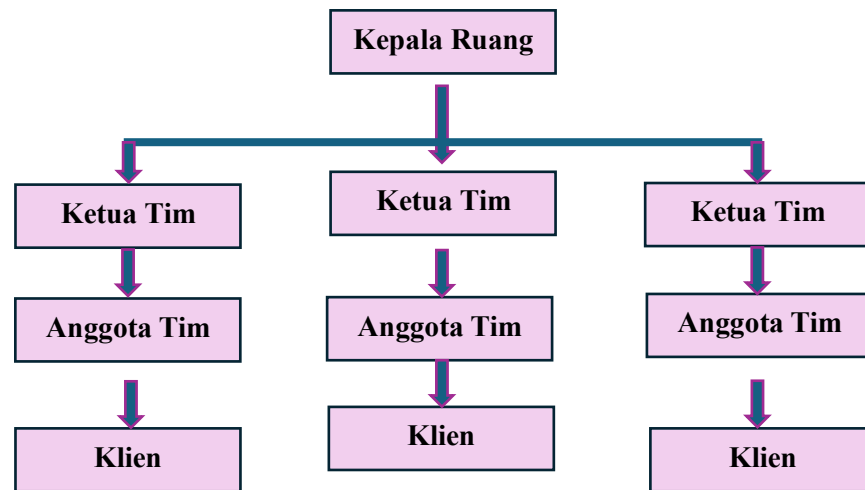
- 1) Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik.
- 2) Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga.
- 3) Perawat senior yang menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan merawat pasien diserahkan kepada perawat junior dan/atau belum berpengalaman.

Kelemahan dari metode fungsional menurut Nursalam (2022) diantaranya :

- 1) Tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat.
- 2) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan.
- 3) Persepsi perawat cenderung pada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja.



b. Metode Tim



Gambar 2.2 Model Keperawatan Tim (Arifin et al., 2020; Parreira et al., 2021)

Melibatkan seorang pemimpin yang memandu tim profesional dengan berbagai tingkat kompetensi. Model praktik keperawatan yang dilakukan oleh sekelompok perawat kepada sekelompok klien (2-3 tim per grup) yang dipimpin oleh perawat teregistrasi dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan dalam bidangnya. Penanggung jawab dalam model ini yakni ketua tim. Dan pentingnya komunikasi efektif untuk menjamin keberlanjutan rencana keperawatan. Selain itu Ketua Tim bertanggung jawab dalam mengarahkan anggotanya sebelum tugas dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan klien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila mengalami kesulitan. Model praktik keperawatan ini biasa digunakan dalam unit rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat (Parreira et al., 2021).

Kelebihan dari metode tim menurut (Bragadóttir et al., 2023; Jomaa et al., 2022):

- 1) Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif.
- 2) Memungkinkan pencapaian proses keperawatan.
- 3) Konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim.
- 4) Cara ini efektif untuk belajar.

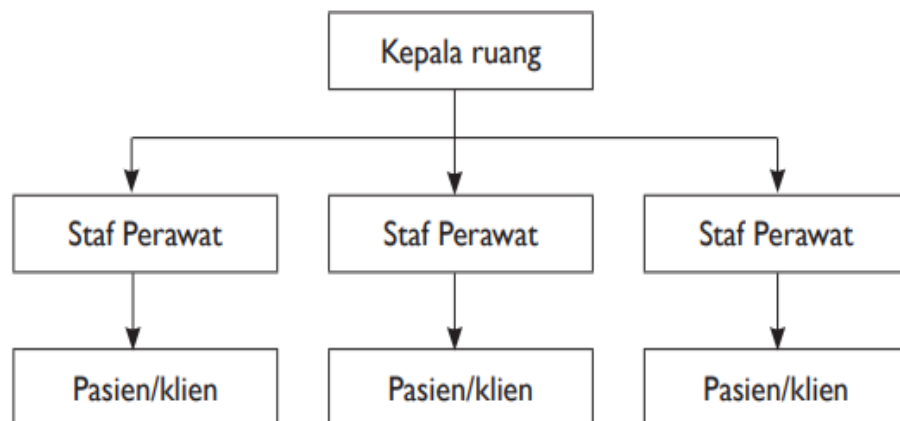


- 5) Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbedabeda dengan aman dan efektif.
- 6) Memberikan kepuasan pada anggota tim.

Kelemahan dari metode tim menurut (Bragadóttir et al., 2023;Jomaa et al., 2022) :

- 1) Rapat tim memerlukan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim ditiadakan atau terburu-buru, sehingga dapat mengakibatkan komunikasi dan koordinasi antar anggota tim terganggu sehingga kelancaran tugas terhambat.
- 2) Perawat yang belum trampil dan belum berpengalaman cenderung tergantung atau berlindung kepada anggota tim yang mampu atau ketua tim.
- 3) Akuntabilitas dalam tim kabur. Kurang efektif jika pengaturan kurang baik

c. Metode Kasus



Gambar 2.3 Model Keperawatan Kasus (Arifin et al., 2020; Parreira et al., 2021)

Saat ini, banyak rumah sakit yang menggunakan metode kasus. Pasien ditugaskan kepada staf keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien dan tingkat pengetahuan dan keterampilan perawat. Dengan kata lain, penugasan perawat-pasien ditentukan oleh kompleksitas



perawatan yang dibutuhkan dan kemampuan perawat. Selama setiap shift, perawat yang bertanggung jawab bertanggung jawab atas semua perawatan pasien (Sharafi et al., 2018). Dalam metode kasus, seorang perawat bertanggung jawab untuk memberikan perawatan kepada satu klien selama shift mereka. Klien mungkin memiliki perawat yang berbeda untuk setiap shift, dan tidak ada jaminan konsistensi staf perawat dari hari ke hari. Manajer perawat bertanggung jawab untuk mengawasi model ini. Dalam model ini, perawat memberikan perawatan yang komprehensif kepada klien mereka, memastikan kepuasan dan keselamatan mereka. Model ini mengharuskan semua staf perawat memiliki kualitas profesional dan jumlah staf yang cukup untuk memberikan perawatan yang berkualitas (Parreira et al., 2021).

Model ini sangat sesuai digunakan di ruang isolasi atau ruang intensif misalnya ruang ICCU, ICU HCU, hemodialysis dan lain-lain. Model ini, asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan pandangan bahwa untuk penyelesaian kasus keperawatan secara tuntas berdasarkan berbagai sumber daya yang ada (Parreira et al., 2021).

Kelebihan dari metode kasus adalah (Sharafi et al., 2018) :

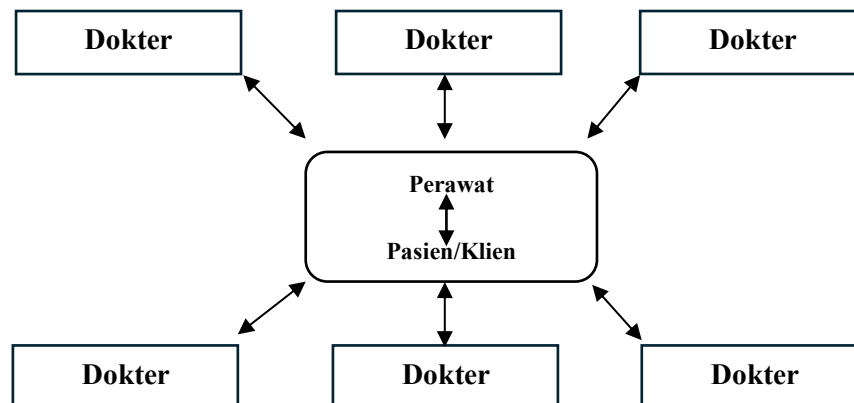
- 1) Perawat lebih memahami kasus per kasus (keperawatan yang komprehensif).
- 2) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi mudah.
- 3) Memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas.
- 4) Kepuasan tugas secara keseluruhan dapat dicapai.

Adapun kelemahan dari model keperawatan kasus adalah (Sharafi et al., 2018) :

- 1) Belum dapat diidentifikasi perawat penanggung jawab.
- 2) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.
- 3) Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.



d. Metode primer



Gambar 2.4 Model Keperawatan Primer (Parreira et al., 2021)

Melibatkan tanggung jawab perawat untuk sekelompok pasien mulai dari masuk hingga pulang. Konsep keperawatan primer sering dipandang sebagai pendekatan yang luas dan filosofis untuk penyediaan perawatan. Namun, penting untuk menerapkan konsep ini untuk menjelaskan bagaimana perawat memberikan perawatan dalam konteks organisasi tertentu. Model keperawatan primer memungkinkan perawat untuk merencanakan dan mengoordinasikan perawatan pasien dari waktu ke waktu, berdasarkan hubungan kepercayaan. Pendekatan ini dianggap penting untuk mencegah fragmentasi, meningkatkan dokumentasi keperawatan, dan mencapai asuhan keperawatan yang berpusat pada pasien dan berkualitas tinggi (Cocchieri, 2023; Wessel & Manthey, 2015). Sebagai bagian dari keperawatan primer, seorang perawat menilai kebutuhan perawatan kesehatan, merencanakan, menyusun, dan mengevaluasi perawatan saat pasien berada di unit. Perawat dapat mengimplementasikan rencana perawatan atau mendelegasikannya kepada anggota tim lainnya (Wessel & Manthey, 2015).

Istilah perawatan primer telah digunakan sebagai generik dan filosofis dalam memberikan perawatan. Namun, istilah ini perlu diterapkan untuk menjelaskan bagaimana perawat memberikan perawatan



memberikan perawatan dalam setiap konteks organisasi tertentu. Model perawatan primer memungkinkan perawat untuk merencanakan dan mengkoordinasikan perawatan pasien dari waktu ke waktu berdasarkan hubungan saling percaya. Organisasi perawatan ini dianggap penting untuk menghindari fragmentasi, meningkatkan dokumentasi keperawatan, dan mencapai *person-centered* dokumentasi, dan mencapai perawatan berkualitas yang berpusat pada orang (Cocchieri, 2023; Gonçalves et al., 2023). Sebagai bagian dari perawatan primer, peran perawat adalah menilai kebutuhan perawatan kesehatan dan merencanakan, menyusun, dan mengevaluasi perawat ini dapat mengimplementasikan rencana perawatan atau mendelegasikannya kepada anggota tim lainnya (Gonçalves et al., 2023). Model seperti perawatan primer, yang mencakup kehadiran perawat, dapat menjadi fasilitator untuk edukasi pasien. Pasien tampaknya lebih puas ketika mereka tahu bahwa ada perawat yang bertanggung jawab atas perawatan mereka dan tersedia untuk memberikan informasi dan tersedia untuk memberikan informasi (Copanitsanou et al., 2017).

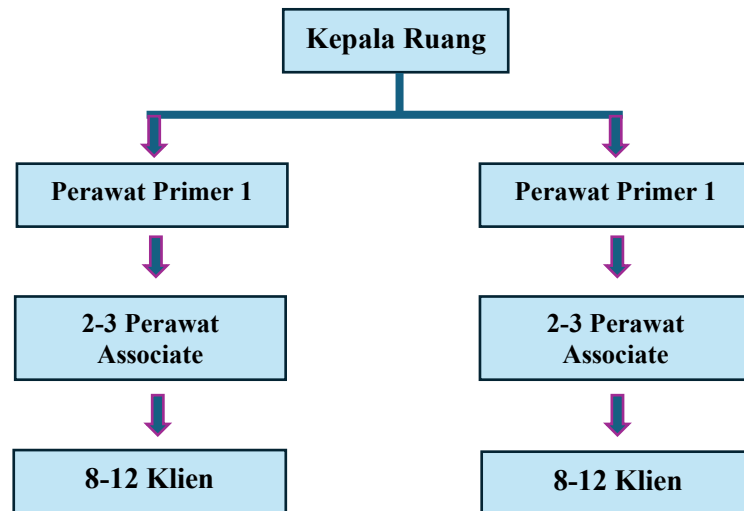
Kelebihan model keperawatan primer menurut (Parreira et al., 2021) adalah :

- 1) Bersifat kontinuitas dan komprehensif.
- 2) Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil, dan memungkinkan pengembangan diri.
- 3) Keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter, dan rumah sakit.

Kelemahan model keperawatan primer menurut (Parreira et al., 2021) adalah hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, self direction, kemampuan mengambil Keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinis, penuh pertimbangan, serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu.



e. Model Keperawatan Modular



Gambar 2.5 Model Keperawatan Modular (Arifin et al., 2020; Parreira et al., 2021)

Penelitian ini mengadopsi model alternatif yang menggabungkan keperawatan tim dan primer. Unit pasien diatur secara geografis, dan sebuah tim kecil perawat ditugaskan secara permanen untuk memberikan perawatan total bagi kelompok pasien ini. Bangsal dibagi menjadi beberapa modul, dan setiap perawat dalam modul yang ditunjuk bekerja sebagai mitra dengan perawat lain dalam modul tersebut. Bangsal dibagi menjadi beberapa modul, dan setiap perawat dalam modul yang ditunjuk bekerja sebagai mitra dengan perawat lain dalam modul tersebut. Mereka merawat sekelompok pasien, bersama dengan asisten perawat, untuk memberikan kesinambungan perawatan. Model ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien melalui perawatan total, kesinambungan, orientasi yang berfokus pada pasien, dan komunikasi langsung. Desain modular telah terbukti mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan individu, sehingga menjadi cara yang lebih efisien dalam memberikan asuhan keperawatan. Untuk mencegah infeksi silang antara perawat dan pasien, penting untuk membatasi jumlah perawat yang ditugaskan pada kelompok pasien tertentu. Untuk mencegah infeksi silang antara perawat dan



pasien, penting untuk membatasi jumlah perawat yang terlibat dalam perawatan sekelompok pasien yang ditunjuk. Model ini juga dapat meningkatkan keterlibatan perawat, yang dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap perawatan mereka (Parreira et al., 2021).

Model keperawatan modular untuk masalah-masalah khas adalah pendekatan keperawatan baru yang menganalisis masalah umum pasien melalui kombinasi pengalaman klinis dan penelitian literatur. Pendekatan ini mengimplementasikan perawatan modular dan merumuskan tindakan penanggulangan intervensi keperawatan untuk menciptakan rencana keperawatan yang lebih manusiawi (Tuominen et al., 2019). Tidak banyak tenaga perawat register (ners) yang dimanfaatkan sehingga biaya menjadi lebih efektif. Sekalipun dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode ini dilakukan oleh dua hingga tiga perawat, tanggung jawab paling besar tetap ada pada perawat profesional. Perawat profesional memiliki kewajiban untuk membimbing dan melatih non-professional. Apabila perawat profesional sebagai ketua tim dalam keperawatan modular ini tidak masuk, tugas dan tanggung jawab dapat digantikan oleh perawat profesional lainnya yang berperan sebagai ketua tim (Parreira et al., 2021).

Kelebihan model keperawatan modular yaitu (Parreira et al., 2021) :

- 1) Tim mendukung pengembangan dan produktivitas kelompok.
- 2) Asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif.
- 3) Membaiknya kontinuitas dan koordinasi asuhan.
- 4) Meningkatnya kepuasan klien.
- 5) Biaya efektif.

Adapun kelemahannya yaitu (Parreira et al., 2021) :

- 1) Sedikit perawat register yang digunakan untuk mengatasi kondisi klien yang tidak diharapkan.
- 2) Diperlukan pengalaman dan keterampilan ketua tim.
- 3) Diperlukan campuran keterampilan yang tepat.



4. Tingkatan dan Spesifikasi MAKP

Menurut Nursalam (2022), ada beberapa tingkatan dan spesifikasi MAKP yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.1 Tingkatan dan Spesifikasi MAKP

Tingkat	Praktik Kepetawatan	Metode Pemberian Askep	Ketenagaan	Dokumentasi
MAKP Pemula	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesi tingkat pemula	Modifikasi keperawatan primer	1. Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien 2. Skp/Ners/DIV (1:25-30 pasien) sebagai CCM 3. DIII keperawatan sebagai PP perawat pemula	Standar renpra (masalah aktual)
MAKP I	Mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I	Modifikasi keperawatan primer	1. Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien 2. Spesialis keperawatan (1: 9–10 pasien) sebagai CCM 3. S.Kep/Ners sebagai PP 4. DIII keperawatan sebagai PA	Standar renpra (masalah aktual dan masalah risiko)
MAKP II	Mampu memberikan asuhan keperawatan tingkat II	Manajemen kasus dan keperawatan	1. Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien 2. Spesialis keperawatan (1 : 3 PP) 3. Spesialis keperawatan (1: 9–10 pasien) 4. DIII Keperawatan sebagai PA	Clinical pathway/ standar renpra (masalah aktual dan risiko)
MAKP III	Mampu memberikan asuhan keperawatan tingkat III	Manajemen kasus	1. Jumlah sesuai tingkat ketergantungan pasien. 2. Doktor keperawatan klinik (konsultan) 3. Spesialis keperawatan (1:3 PP) 4. S.Kp/Ners sebagai PP	Clinical pathway

5. Peranan Metode Asuhan Keperawatan

Peranan metode asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

Kerangka Konsep Holistik

Metode keperawatan menekankan pandangan holistik terhadap pasien, mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.



Para tenaga keperawatan perlu memahami bahwa merawat pasien bukan hanya mengatasi gejala fisik, tetapi juga memperhatikan kesejahteraan mental dan sosialnya (Amaral et al., 2014).

b. Kolaborasi Tim Kesehatan

Dalam praktik keperawatan modern, kerja sama tim kesehatan menjadi kunci. Model keperawatan memberikan landasan untuk kolaborasi yang efektif antara perawat, dokter, ahli terapi, dan profesional kesehatan lainnya. Hal ini menciptakan lingkungan kerja yang harmonis dan memaksimalkan hasil perawatan pasien (Sumampow et al., 2023).

c. Asuhan Keperawatan Berbasis Bukti

Model keperawatan mengintegrasikan praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*) dalam perawatan. Tenaga keperawatan perlu mengembangkan keterampilan analitis untuk mengevaluasi penelitian dan menerapkan temuan-temuan tersebut ke dalam praktik sehari-hari, sehingga pelayanan yang diberikan didukung oleh bukti ilmiah (Putra & Sandhi, 2021).

d. Pengembangan Keterampilan Empati

Pengembangan keterampilan empati oleh perawat harus mampu memahami dan merespons kebutuhan emosional pasien dengan bijaksana. Ini mencakup kemampuan untuk mendengarkan dengan empati, menciptakan hubungan yang baik, dan memberikan dukungan yang dibutuhkan (Amalia et al., 2019).

e. Pendidikan Pasien

Model keperawatan menekankan pentingnya pendidikan pasien. Perawat bukan hanya memberikan perawatan langsung, tetapi juga berperan sebagai pendidik yang membantu pasien dan keluarga memahami kondisi kesehatan, rencana perawatan, dan cara menjaga kesehatan mereka (Sumampow et al., 2023).

Pencegahan dan Promosi Kesehatan

Seorang perawat yang menerapkan model keperawatan juga harus proaktif dalam upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Ini



melibatkan identifikasi faktor risiko, penyuluhan, dan advokasi untuk masyarakat yang lebih sehat secara keseluruhan (Sumampow et al., 2023).

6. Evaluasi Kinerja Metode Asuhan Keperawatan

Dubois et al (2013) menjelaskan beberapa poin yang membahas konteks evaluasi kinerja metode asuhan keperawatan :

a. Standar Klinis

Evaluasi kinerja model keperawatan harus dimulai dengan menilai sejauh mana standar klinis diterapkan dalam praktek sehari-hari. Ini mencakup kemampuan perawat untuk mengidentifikasi, menilai, dan mengelola kondisi kesehatan pasien dengan tepat.

b. Keamanan Pasien

Kinerja model keperawatan perlu dievaluasi dari segi keamanan pasien. Ini termasuk penggunaan prosedur keamanan yang benar, pencegahan infeksi, dan manajemen obat yang akurat. Evaluasi ini membantu meminimalkan risiko dan memastikan pasien mendapatkan perawatan yang aman.

c. Kepuasan Pasien

Aspek kepuasan pasien adalah indikator penting dalam menilai kinerja model keperawatan. Menganalisis umpan balik pasien membantu mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan memastikan bahwa pasien merasa didengar dan terlibat dalam proses perawatan.

d. Kolaborasi Tim

Evaluasi kinerja model keperawatan juga perlu memperhatikan kemampuan perawat untuk bekerja secara efektif dalam tim interprofesional. Kemampuan berkolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan.

e. Pengembangan Profesional

Model keperawatan yang efektif juga harus mencakup upaya pengembangan profesional perawat. Evaluasi kinerja dapat melibatkan penilaian terhadap partisipasi perawat dalam pelatihan dan pengembangan, serta implementasi praktik terkini.



f. Efisiensi Operasional

Kinerja model keperawatan tidak hanya tentang aspek klinis, tetapi juga mencakup efisiensi operasional. Penilaian terhadap manajemen waktu, distribusi tugas, dan penggunaan sumber daya merupakan bagian penting dari evaluasi untuk meningkatkan produktivitas.

g. Penerapan Teknologi

Sebagai bagian dari evaluasi kinerja, penting untuk menilai sejauh mana perawat memanfaatkan teknologi dalam praktek mereka. Penggunaan sistem informasi kesehatan dan teknologi lainnya dapat meningkatkan akurasi, kecepatan, dan keamanan dalam memberikan perawatan.

A. Tinjauan Tentang Faktor Determinan Implementasi Metode Asuhan Keperawatan

Implementasi proses keperawatan dapat sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat menyebabkan buruknya kualitas asuhan keperawatan, disorganisasi layanan, peran yang saling bertentangan, kesalahan pengobatan, buruknya prognosis penyakit yang buruk, rawat inap, ketidakpuasan dengan perawatan yang diberikan, dan peningkatan angka kematian (Aseratie et al., 2014).

Pelaksanaan metode asuhan keperawatan profesional dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor organisasi, faktor sumber daya manusia (SDM), faktor karakteristik pekerjaan, dan faktor pasien. Faktor organisasi terdiri dari kepemimpinan, *reward*/penghargaan, pelatihan dan pengembangan, supervisi. Faktor sumber daya manusia terdiri dari karakteristik perawat, pengetahuan, motivasi, dan sikap. Faktor karakteristik pekerjaan terdiri dari beban kerja, peran dan tanggung jawab kepala ruangan, ketua tim, dan anggota tim (Nursalam, 2022).

1. Faktor Organisasi



Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu kemampuan untuk mempengaruhi sesuatu. Peran kepemimpinan dalam pemberian asuhan

keperawatan sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan. Kepemimpinan bagian dari proses interaktif yang berkesinambungan dan dinamis dengan anggota tim maka fungsi kepemimpinan diperlukan dalam hal pengambilan keputusan, instruktur, fasilitator, komunikator, berfikir kritis, dan kreatifitas dalam menyelesaikan masalah (Marquis & Huston, 2016).

Penelitian (Sutriyati et al., 2023) menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara gaya kepemimpinan transaksional dengan kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan asuhan keperawatan di RSUD BLUD Konawe. Hal ini disebabkan karena setiap elemen yang menjadi item indikator yang digunakan untuk mengukur gaya kepemimpinan transaksional yang meliputi imbalan kontingen (*contingent reward*), manajemen eksepsi aktif (*active management by exception*) dan manajemen eksepsi pasif (*passive management by exception*) merupakan faktor yang menentukan tingkat kinerja perawat pelaksana.

Penelitian (Kusumayuni et al., 2023) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara gaya kepemimpinan suportif dengan penerapan standar asuhan keperawatan. Gaya kepemimpinan suportif berhubungan tidak langsung dengan penerapan standar asuhan keperawatan melalui peningkatan motivasi perawat. Gaya kepemimpinan suportif, partisipatif, dan orientasi prestasi juga berhubungan langsung dengan motivasi keperawatan. Pemimpin rumah sakit dan manajer ruangan harus mempertahankan dan memperkuat gaya kepemimpinan partisipatif yang akan meningkatkan motivasi dan standar asuhan keperawatan.

Hasil studi literature (Juanda et al., 2024) didapatkan bahwa adanya hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dan perawat associate dengan kinerja pemberian asuhan keperawatan. Kunci utama yang bertanggung jawab dalam mengawasi kualitas perawatan dan keselamatan pasien adalah pemimpin perawat melalui pengelolaan



sumber daya keperawatan. Perawat dalam meningkatkan kinerjanya dan lebih mengetahui kebutuhan pasien diperlukan dorongan dari pimpinannya. Mayoritas kepala ruangan menerapkan gaya kepemimpinan demokratis. Sebuah review menunjukkan korelasi antara gaya kepemimpinan mereka dan kinerja perawat associate dalam memberikan asuhan keperawatan yang memperlihatkan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik. Hal ini menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Seorang manajer bisa menjadi pemimpin yang efektif apabila dapat membangun sifat sebagai berikut (Bakri, 2017) :

- 1) *Direkting*, pemimpin mempunyai kemampuan dalam pengawasan (*supervisory ability*), pengawasan fungsi manajemen khususnya dalam pengarahan dan pengawasan terhadap pekerjaan bawahan. Mempunyai ketegasan (*decisiveness*) yaitu kemampuan dalam membuat keputusan dan memecahkan masalah secara cakap dan tepat, mempunyai kepercayaan diri dalam memandang dirinya untuk menghadapi masalah.
- 2) *Suporting*, artinya seorang pemimpin mempunyai rasa tanggung jawab terhadap pekerjaannya dan mempunyai keinginan untuk maju dan sukses. Mempunyai inisiatif dan mampu bertindak secara mandiri, mampu mengembangkan berbagai kegiatan dengan cara yang baru dan inovatif.
- 3) *Partisipatif*, artinya pemimpin mampu merumuskan dan membuat kebijakan dengan daya pikir yang kreatif. Melibatkan karyawan dalam membuat perencanaan dan menerima masukan untuk pengambilan keputusan.



Reward/Penghargaan

Frimayasa et al., (2021) menyatakan bahwa *reward* merupakan bentuk penghargaan tambahan dari perusahaan selain upah, gaji, dan

insentif untuk menghargai kinerja karyawannya. Menurut Putra & Damayanti (2020) *reward* adalah bentuk hadiah atau bonus yang diberikan perusahaan karena prestasi karyawan, Penerapan sistem *reward* kepada karyawan berprestasi dapat memotivasi karyawan untuk agar kinerjanya meningkat ketika bekerja. Sedangkan Wijaya (2021) mengatakan bahwa *reward* merupakan bentuk apresiasi dari perusahaan kepada karyawan karena telah bertanggung jawab dalam pekerjaannya.

Penelitian Novita et al., (2022) menunjukkan bahwa motivasi kerja dan sistem penghargaan berpengaruh terhadap persepsi kinerja perawat. Sehingga implikasi penelitian ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang optimal dapat tercapai apabila perawat memiliki kinerja yang optimal.

Menurut Kentjana et al., (2018) indikator *reward* terbagi menjadi 2 bagian, yaitu :

- 1) *Intrinsic Reward*
 - a) Pengakuan
 - b) Tanggung jawab
 - c) Kesempatan belajar
- 2) *Ekstrinsic Reward*
 - a) Gaji
 - b) Bonus
 - c) Tunjangan
 - d) Promosi

Menurut Wahyuni (2018), indikator penghargaan (*reward*) sebagai berikut :

- a) Gaji dan bonus
- b) Gaji yaitu sebuah komponen *reward* yang sangat penting bagi karyawan gaji dalam hal ini meliputi gaji pokok dan tambahan kompensasi keuangan berupa bonus dan pemberian saham. *Reward* terhadap kinerja yang baik dapat diberikan melalui kenaikan gaji, pemberian bonus bahkan pemberian saham.



- c) Kesejahteraan
- d) Kesejahteraan dapat diukur nilainya. Berbagai program kesejahteraan karyawan yang ditawarkan perusahaan sebagai bentuk pemberian *reward* atas prestasi kerja.
- e) Pengembangan karir
- f) Pengembangan karir yaitu prospek kinerja dimasa yang akan datang. Pengembangan karir ini cukup penting bagi karyawan yang memiliki prestasi kerja yang baik supaya karyawan tersebut memiliki *value* yang tinggi sehingga dapat memberikan kinerja yang lebih baik dan memuaskan dimasa yang akan datang. Bagi karyawan yang mendapatkan *reward* ini akan berkesempatan untuk belajar dan meningkatkan pengetahuan.
- g) Penghargaan psikologis dan sosial
- h) Penghargaan psikologis dan sosial ini sangat penting bagi karyawan, meskipun penghargaan psikologis dan sosial ini sulit untuk diukur nilai finansialnya.

c. Pelatihan dan Pengembangan

Pelatihan dan pengembangan merupakan serangkaian aktifitas yang dirancang oleh organisasi untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, keterampilan dan kemampuan pegawai. Pelatihan didefinisikan sebagai usaha untuk meningkatkan kinerja karyawan dalam pekerjaannya sekarang atau dalam pekerjaan lain yang dijabatnya segera. Pelatihan terkait dengan keterampilan dan kemampuan yang diperlukan untuk pekerjaan yang dilakukan. Pelatihan berorientasi ke masa sekarang dan membantu karyawan untuk menguasai keterampilan dalam pekerjaannya. Pelatihan merupakan proses pendidikan jangka pendek yang menggunakan prosedur sistematis dan terorganisasi, yang mana tenaga kerja nonmanajerial mempelajari pengetahuan dan keterampilan teknis dengan tujuan tertentu (Lee et al.,2018).

Penelitian Pujiyanto et al., (2023) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pelaksanaan PTM pilar IV sebelum dan sesudah diberikan pelatihan MPKP (nilai $p < 0,001$). Diketahui bahwa tingkat pendidikan



dan pengalaman kerja perawat secara signifikan akan menentukan keberhasilan pelatihan, masing-masing dengan nilai $p < 0,001$ dan $0,004$. Selain itu, penelitian Wibowo et al., (2023) juga menunjukkan ada hubungan pelatihan dengan profesionalisme keterampilan perawat dalam proses keperawatan di ruang PICU atau NICU RS Umum Daerah RA Kartini Kab. Jepara dengan nilai $p = 0,000 < \alpha 0,05$.

Upaya pelatihan harus fokus pada pengetahuan, keterampilan dan kompetensi, serta penggunaan protokol yang ditetapkan. Upaya kerja sama tim harus fokus pada komunikasi dalam tim perawatan. Program pelatihan *teamwork* yang menghubungkan disiplin ilmu yang berbeda dalam pengobatan (misalnya dokter, perawat, apoteker) adalah salah satu metode yang disarankan untuk meningkatkan komunikasi dan kinerja tim (Lee et al., 2018).

d. Supervisi

Supervisi meliputi pra (menetapkan kegiatan, menetapkan tujuan, dan menetapkan kompetensi yang akan dinilai), pelaksanaan (menilai kinerja, mengklarifikasi permasalahan, melakukan Tanya jawab, dan pembinaan), serta pasca supervisi yaitu *Fair* (memberikan penilaian, feedback atau memberikan umpan balik dan klarifikasi), *Reinforcement* (memberikan penghargaan) dan Follow Up perbaikan (Nursalam, 2022b). Penelitian Sauria et al., (2024) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruangan dengan penerapan standar asuhan keperawatan ($\chi^2 = 16,345$, $p = 0,000$). Sehingga dapat dilakukan perbaikan meliputi penguatan program supervisi, peningkatan penerapan standar asuhan keperawatan, monitoring dan evaluasi secara berkala, peningkatan komunikasi, dan pelibatan perawat dalam pengambilan keputusan. Langkah-langkah tersebut menjadi landasan penting dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan, menciptakan lingkungan kerja yang mendukung pengembangan dan kepuasan perawat di rumah sakit.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Hayulita & Hidayati



(2022) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS Otak DR. Drs. M Hatta Bukittinggi. Penelitian Amin et al., (2022) juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Kota Dumai dengan supervisi yang diberikan oleh pimpinan ($p=0,000=0,05$). Selain itu penelitian Anggeria & Maria (2018) menunjukkan terdapat hubungan antara supervisi dengan pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap lantai 10 Rumah Sakit Royal Prima Medan.

2. Faktor Sumber Daya Manusia

a. Karakteristik Perawat

Penelitian Kiarie & Mutinda (2022) menunjukkan meskipun analisis statistik tidak mengungkapkan hubungan yang signifikan antara implementasi proses keperawatan dan faktor sosio-demografi ($p>0,05$), namun temuan kualitatif menunjukkan bahwa perawat yang baru lulus lebih mengenal proses keperawatan daripada rekan mereka yang lebih tua.

Karakteristik perawat merupakan ciri-ciri individu yang melekat dalam diri individu yang dapat mempengaruhi proses belajar dan perilaku. Karakteristik tersebut antara lain yaitu umur, jenis kelamin, lama bekerja, dan tingkat pendidikan (Robbins & Judge, 2015).

1). Umur

Umur berhubungan dengan tingkat kedewasaan dan maturasi, dengan meningkatnya umur akan meningkat pula kedewasaan secara teknis dan psikologis, serta semakin memiliki kemampuan dalam melaksanakan tugasnya (Siagian, 2019). Umur dapat mempengaruhi produktivitas seseorang, dengan meningkatnya umur seseorang dikaitkan dengan menurunnya produktivitas kerja. Keterampilan individu, terutama kecepatan, kecekatan, kekuatan dan koordinasi akan menurun seiring dengan bertambahnya umur. Nilai positif pada pekerja yang lebih tua yaitu lebih berpengalaman, memiliki pertimbangan dalam bekerja, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu (Robbins & Judge, 2015).



2). Jenis kelamin

Secara umum jenis kelamin digunakan untuk membedakan identitas seksual individu antara laki-laki dan perempuan. Tingkat agresif dan kemampuan fisik yang dimiliki laki-laki yang lebih besar dari perempuan memberikan peluang yang lebih baik dalam menyelesaikan pekerjaannya (Robbins & Judge, 2015). Akan tetapi bukan hal mutlak bahwa laki-laki akan lebih baik kinerjanya dibandingkan perempuan karena di sisi lain perempuan memiliki karakter yang patuh dan taat dalam menjalankan pekerjaannya (Prima et al., 2020). Tenaga perawat sebagian besar perempuan, menurut (Robbins & Judge, 2015) tidak ada perbedaan antara pria dan wanita serta tidak ada perbedaan yang bermakna dalam produktivitas antara pria dan wanita.

Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan yang ada di muka bumi. Seperti pada fakta lapangan yang sering kita temui saat ini, banyak sekali tenaga kerja bagian lapangan pada umumnya didominasi oleh laki-laki, sedangkan pada bagian kantor suatu perusahaan pada umumnya didominasi oleh wanita. Hal tersebut bukanlah merupakan suatu kebetulan, melainkan adanya berbagai macam pertimbangan dilakukan oleh sebuah perusahaan berkaitan dengan spesifikasi dari masing-masing gender atau jenis kelamin. Faktor jenis kelamin ikut menentukan tingkat partisipasi dan produktivitas seseorang dalam bekerja (Robbins & Judge, 2015).

3). Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman seseorang terhadap suatu hal, yang nantinya akan tergambarkan dari perilaku individu. Pendidikan tinggi perawat telah diatur dalam Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Pendidikan tinggi perawat meliputi pendidikan vokasi, pendidikan akademik dan pendidikan profesi.



Pendidikan vokasi yaitu program diploma keperawatan. Pendidikan akademik yang terdiri atas pendidikan sarjana, magister dan doktor keperawatan. Sedangkan pendidikan profesi yang terdiri atas program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan. Penerapan standar keperawatan salah satunya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan perawat (Prima et al., 2020). Akan tetapi tidak selamanya status pendidikan dapat dihubungkan dengan pekerjaan seseorang, mengingat pendidikan yang tinggi tidak selamanya menjamin kompetensi bagi seorang perawat. Sebagai profesi, keperawatan dituntut untuk memiliki kemampuan intelektual, interpersonal kemampuan teknis, dan moral. Hal ini bisa ditempuh dengan meningkatkan kualitas perawat melalui pendidikan lanjutan pada program pendidikan Ners (Nursalam, 2014).

4). Masa kerja

Masa kerja merupakan lamanya seseorang bekerja pada suatu pekerjaan atau jabatan (Siagian, 2019). Semakin lama masa kerja seorang perawat maka semakin lama pula dia belajar dalam mengasah kemampuan dan kompetensi dalam melakukan pekerjaannya. Masa kerja berkaitan dengan lamanya seseorang bekerja. Apabila seseorang bekerja lebih lama akan dianggap memiliki pengalaman dan pengetahuan dibandingkan seseorang yang belum lama bekerja. Masa kerja yang lama memberikan seseorang kemampuan lebih dari segi pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang baik dalam pekerjaannya. Perawat yang bekerja lebih lama memiliki pengalaman yang lebih lama pula dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sehingga dianggap lebih mampu dan berkemampuan dalam menangani masalah yang dihadapi. Perawat dengan pengalaman lebih lama lebih memahami pola kerja, lebih akurat dalam mengidentifikasi dan menganalisis risiko sehingga lebih baik dalam melaksanakan keselamatan pasien. Semakin lama seseorang bekerja semakin trampil dan semakin cepat dia menyelesaikan tugas (Robbins & Judge, 2015).



b. Pengetahuan

Pengetahuan dapat diartikan sebagai *actionable information* atau informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak, mengambil keputusan, dan untuk menempuh arah atau strategi tertentu (Nursalam, 2022b).

Penelitian (Setiawati et al., 2021) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat pelaksana mengenai MPKP dengan keoptimalan penerapan MPKP yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana di ruangan. Penelitian (Agustin et al., 2022) juga menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan model praktik keperawatan profesional $p \text{ value} = 0,000$ ($p < 0,005$).

Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan harus mempunyai pengetahuan yang cukup terhadap ilmu keperawatan. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Notoatmodjo, 2018). Menurut (Notoatmodjo, 2018), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1). Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2). Memahami (*Comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau



materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3). Aplikasi (*Application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4). Analisis (*Analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5). Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6). Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

c. Motivasi



Motivasi merupakan karakteristik psikologi perawat yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Sehingga dengan motivasi, seseorang dapat menyalurkan dan mempertahankan tingkah laku

manusia untuk suatu tujuan tertentu. Motivasi adalah segala sesuatu yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Motivasi juga diartikan perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku (Nursalam, 2016). Motivasi adalah suatu dorongan psikologis yang menimbulkan perilaku tertentu yang ikut menentukan intensitas, arah, ketekunan, serta ketahanan atas perilakunya sesuai dengan tujuan atau sasaran yang ditetapkan (Bakri, 2017).

Penelitian Muhundingan (2021) menunjukkan hasil signifikasi faktor motivasi sebesar 0,032 dimana ada hubungan antara motivasi kinerja perawatan terhadap penerapan metode asuhan keperawatan professional. Hasil penelitian menunjukkan motivasi sangat dibutuhkan dalam kinerja perawat dan terlaksananya metode asuhan keperawatan professional, dibutuhkan terobosan dan perhatian khusus dari manajemen untuk meningkatkan motivasi perawat agar asuhan keperawatan profesional model tim dapat dilaksanakan dengan optimal sehingga kepuasan pasien terhadap pelayanan tercapai.

Menurut bentuknya motivasi terdiri atas motivasi intrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari dalam diri individu, motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu, dan motivasi terdesak yaitu motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit secara serentak dan menghentak dengan cepat sekali (Dedi, 2020).

d. Sikap

Sikap adalah pernyataan evaluatif terhadap objek, orang atau peristiwa. Hal ini mencerminkan perasaan seseorang terhadap sesuatu. Sikap mungkin dihasilkan dari perilaku tetapi sikap tidak sama dengan perilaku. Sikap adalah predisposisi emosional yang dipelajari untuk merespons secara konsisten terhadap suatu objek (Nurmala, dkk. 2018).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sedangkan sikap merupakan kesiapan



atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoatmodjo, 2018).

Penelitian Agustin et al., (2022) menunjukkan terdapat hubungan sikap perawat dengan pelaksanaan model praktik keperawatan profesional didapatkan hasil $p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,005$). Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Latif et al., (2023) dimana hubungan sikap perawat dengan motivasi pelaksanaan model praktik keperawatan profesional (MPKP) di Ruang Interna dan Bedah RSUD Kota Baubau adalah signifikan.

7. Karakteristik Pekerjaan

a. Beban Kerja

Beban kerja haruslah seimbang, sebab beban kerja yang terlalu tinggi maupun terlalu rendah akan berdampak tidak baik pada karyawan. Beban kerja yang tinggi akan menimbulkan stress kerja, minimnya konsentrasi karyawan, timbulnya keluhan pelanggan dan menyebabkan tingginya angka ketidakhadiran karyawan. Sedangkan beban kerja yang terlalu rendah akan memunculkan kebosanan dan rendahnya konsentrasi terhadap pekerjaan. Baik beban kerja yang terlampau tinggi maupun terlalu rendah pada akhirnya akan menyebabkan rendahnya produktifitas karyawan (Koesomowidjojo, 2017). Dalam profesi keperawatan sendiri menjadi beban kerja yang tidak sesuai dengan standar akan menimbulkan dampak seperti munculnya kesalahan pada pelaporan status pasien, kelelahan kerja, meninggalkan pekerjaan yang tidak selesai selama *shift* kerja, terganggunya alur kerja, hingga kesalahan pemberian medikasi pada pasien (MacPhee et al., 2017).

Penelitian (Saragih et al., 2020) menunjukkan terdapat hubungan beban kerja dengan motivasi kerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan nilai p sebesar 0,017. Penelitian (Nasedum, 2019) juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara beban kerja terhadap efektivitas kerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan



(pvalue=0,026 <0,05)

b. Peran dan Tanggung Jawab

1). Kepala Ruangan

Tanggung jawab kepala ruang menurut (Nursalam, 2017) antara lain pertama melakukan perencanaan. Dalam perencanaan kepala ruang menunjuk ketua tim serta menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan bersama ketua tim, mengikuti kegiatan timbang terima dan *visite* dokter serta mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien. Tanggung jawab kedua pengorganisasian, tanggung jawab kepala ruang disini membuat rincian tugas perawat mendelegasikan tugas kepada ketua tim saat kepala ruang tidak ada di tempat, mengatur penugasan jadwal pos dan pakarnya didalam ruangan, identifikasi masalah dan cara penanganannya, serta mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan. Tanggung jawab ketiga pengarahan, dalam tanggung jawab kepala ruang disini memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim untuk menerapkan metode tim agar terlaksana dengan baik, menginformasikan berbagai hal yang penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, serta meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain untuk meningkatkan pelayanan keperawatan sehingga munculah kepuasan pasien. Tanggung jawab terakhir yaitu pengawasan, dalam tanggung jawab ini terdapat dua cara yaitu dengan komunikasi dan supervisi. Dalam komunikasi kepala ruang berkomunikasi dengan ketua tim ataupun perawat pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien. Sedangkan dalam supervisi dilakukan dengan cara mengecek daftar hadir ketua tim dan pelaksanaan asuhan keperawatan serta kelengkapan pengisian dokumen keperawatan dalam lembar rekam medis pasien.



2). Ketua Tim

Tanggung jawab ketua tim menurut (Nursalam, 2017) antara lain pertama membuat perencanaan kerja dalam tim. Tanggung jawab ketua tim yaitu membuat rencana kerja dalam timnya untuk mempermudah koordinasi dengan anggota tim. Tanggung jawab kedua yaitu melakukan supervisi dan evaluasi anggota tim. Ketua tim bertanggung jawab dalam mengontrol dan memantau pekerjaan dari anggota tim nya. Tanggung jawab ketiga mampu mengenali kondisi pasien dan menilai tingkat kebutuhan pasien. Ketua tim bertanggung jawab atas semua pasien yang menjadi tanggung jawab dalam timnya dari perawatan hingga kenyamanan pasien tersebut sehingga ketua tim wajib mengontrol perkembangan kesehatan pasien dan mampu menilai kebutuhan yang diperlukan oleh pasien. Tanggung jawab keempat mengembangkan kemampuan yang dimiliki anggota tim. Dari tanggung jawab ketua tim melakukan supervisi dan evaluasi kepada anggota tim maka ketua tim dapat mengetahui kemampuan yang dimiliki anggota tim nya sehingga ketua tim dapat mengembangkan kemampuan anggota tim tersebut dengan berbagai cara salah satunya dengan melatih dalam tindakan agar lebih berpengalaman hingga mengikuti berbagai pelatihan.

3). Anggota Tim

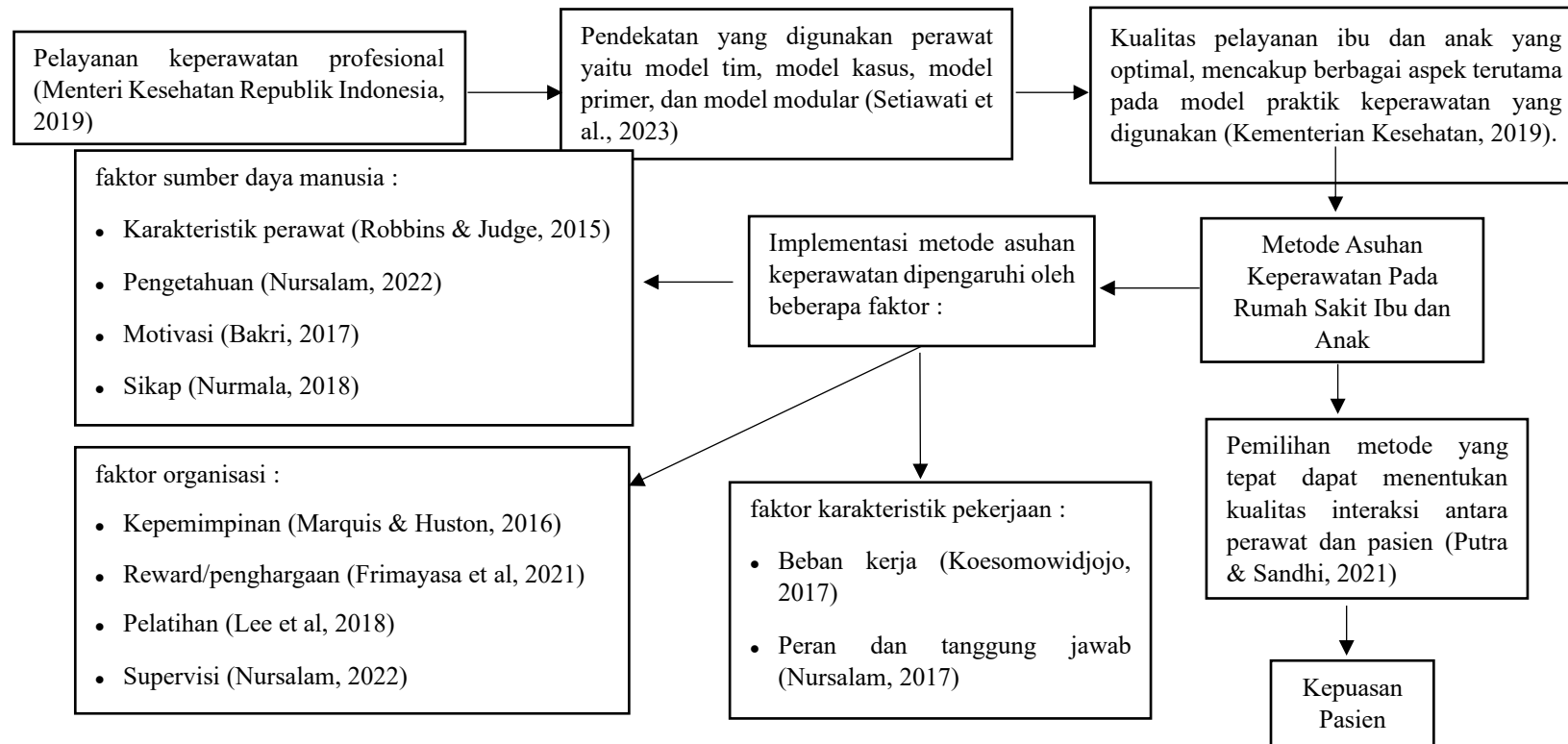
Tanggung jawab anggota tim menurut (Hasibuan, 2018) antara lain pertama membangun kerjasama dengan anggota tim dan antar tim yang lain. Tanggung jawab seorang anggota tim yaitu menjaga komunikasi agar terbentuk kerjasama yang baik antar anggota dala satu tim maupun dengan tim lain untuk menghindari terjadinya konflik. Tanggung jawab kedua memberikan laporan kepada ketua tim dan anggota tim bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan pada pasien dibawah tanggung jawabnya. Anggota tim bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dengan maksimal dan melaporkan setiap tindakan yang dilakukan kepada ketua tim agar komunikasi tetap terbentuk untuk memberikan pelayanan kepada pasien. Tanggung



jawab terakhir memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif dan bertanggung jawab atas keputusan keperawatan selama ketua tim tidak ada di tempat. Anggota tim harus memiliki wawasan yang luas dalam memberikan pelayanan keperawatan karena jika ketua tim tidak berada di dalam ruangan maka pelayanan keperawatan pasien menjadi tanggung jawab anggota tim.



E. Kerangka Teori



Gambar 2.6 Kerangka Teori Analisis Faktor Determinan Implementasi Metode Asuhan Keperawatan (Marquis & Huston, 2016;Frimayasa et al.,2018;Nursalam, 2022;Robbins & Judge, 2015;Bakri, 2017;Nurmala.,2018;Koesomowidjojo, 2017(Nursalam, 2017)





Optimized using
trial version
www.balesio.com